

ESSAI

N^o 188.



SUR

LA PLEURÉSIE AIGÜË;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 18 août 1828, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ;*

PAR P.-F. VUILLET, de Rahon ,

Département du Jura ;

Ex-Chirurgien sous-aide.

*O quantum difficile est curare morbos pulmonum ! ó quantum
difficilius eosdem cognoscere , et de iis certum dare præsagium !
Fallunt vel peritissimos, ac ipsos medicinæ principes. Tyrones
mei , cauti estote et prudentes in iis curandis, etc.*

Præceos medicæ, lib. 1.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n^o. 15.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	MESSIEURS
Anatomie.....	CRUVEILHIER.
Physiologie.....	DUMÉRIL.
Chimie médicale.....	ORFILA, <i>Examineur</i> .
Physique médicale.....	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale.....	CLARION.
Pharmacologie.....	GUILBERT.
Hygiène.....	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale.....	{ MARJOLIN, <i>Suppléant</i> .
	{ ROUX.
Pathologie médicale.....	{ FIZEAU.
	{ FOUQUIER, <i>Président</i> .
Opérations et appareils.....	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale.....	ALIBERT, <i>Examineur</i> .
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	DESORMEAUX.
Clinique médicale.....	{ CAYOL.
	{ CHOMEL.
	{ LANDRÉ-BEAUVAIS.
	{ RÉCAMIER, <i>Examineur</i> .
Clinique chirurgicale.....	{ BOUGON.
	{ BOYER.
	{ DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens.....	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT,
LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

MESSIEURS	MESSIEURS
ARVERS.	GIBERT.
BAUDELOQUE.	KERCARADÉC.
BOUVIER.	LISFRANC.
BRESCHET.	MAISONABE.
CLOQUET (Hippolyte), <i>Examineur</i> .	PARENT DU CHATELET.
CLOQUET (Jules), <i>Examineur</i> .	PAVET DE COURTEILLE.
DANCE.	RATHEAU.
DEVERGIE.	RICHARD.
DUBOIS.	ROCHOUX.
GAULTIER DE CLAUDEY.	RULLIER.
GÉRARDIN, <i>Suppléant</i> .	VELPEAU.
GERDY.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

Respect, amitié.

AUX MÂNES^A D'UNE MÈRE CHÉRIE.

A MONSIEUR
LE MARQUIS DE VAULCHIER,

Conseiller d'état ; Directeur-général des postes ; Commandeur de
l'ordre royal de la Légion-d'Honneur ; Député du Jura.

Faible tribut d'hommages et de reconnaissance.

P.-F. VUILLET.

A MONTHLY

1877

THE

THE

THE

THE

ESSAI

SUR

LA PLEURÉSIE AIGÜÈ.

DEPUIS long-temps le diagnostic des maladies de poitrine offrait des écueils devant lesquels venait souvent échouer la sagacité des médecins. Depuis long-temps, insidieuses dans leur marche et leurs symptômes, se déguisant aux yeux observateurs sous mille formes trompeuses ou peu tranchées, ces maladies semblaient défier les secours de l'art, et faisaient des ravages d'autant plus cruels, que la médecine luttait trop souvent en vain contre leur effrayante activité. Tout, en effet, concourt à les rendre redoutables à l'espèce humaine. Moissonnant indistinctement leurs victimes, elles n'épargnent aucun âge, aucun sexe, aucun tempérament, aucun climat. Les organes qu'elles attaquent, doués d'une vive sensibilité et d'une délicatesse extrême, d'une vie active, de mouvemens continuels, sont, en outre, sous l'influence de nombreuses sympathies. La plus légère cause peut donc appeler sur eux ces terribles maladies. Leur danger n'est pas moindre que leur fréquence. L'importance des fonctions qui leur sont dévolues est telle, que leur cessation complète ou momentanée compromet la vie ou l'éteint entièrement. Justement effrayés d'un ennemi si redoutable, plusieurs médecins célèbres avaient réuni leurs efforts et leurs talens pour le dompter; mais, tout en admirant leur zèle et leurs tra-

vaux, il faut avouer qu'ils n'ont guère été plus heureux dans les moyens qu'ils ont employés pour le combattre que dans ceux auxquels ils ont eu recours pour le découvrir. Celui dont les tentatives ont été le plus couronnées de succès est *Avenbrugger*, médecin de Vienne. Souvent il surprenait et enchaînait son ennemi; mais, heureux quelquefois, il avait souvent la douleur de le voir se soustraire à ses moyens d'investigation. C'était à la médecine française qu'était réservé l'honneur de découvrir ses retraites les plus cachées, et de percer les voiles dont il enveloppait sa marche trompeuse. Grâce donc soient rendues à l'immortel *Laennec* ! Par lui, les maladies de poitrine révèlent leur siège, leur gravité, leur cours; par lui, la certitude médicale, dans ces affections, rivalise avec la certitude chirurgicale fixée par le célèbre *Petit*. Désormais connues et différenciées, elles offriront au médecin des chances presque assurées de succès. Témoin autrefois impuissant de leurs ravages, il les verra maintenant, sous l'influence d'un sage traitement, marcher rapidement vers la guérison.

Parmi ces affections, la pleurésie aiguë n'est pas une des moins dangereuses ni des moins fréquentes. Rapide dans sa marche, terrible dans ses effets, si elle est mal combattue, elle emporte promptement ses victimes, ou bien, diminuant d'intensité, elle semble ne modérer sa fureur que pour pouvoir l'exercer plus long-temps, mine lentement l'économie, et conduit le malheureux au tombeau à travers les souffrances d'une longue agonie. Comme toutes les maladies de poitrine, elle atteint tous les âges, tous les tempéramens; on ne peut s'en garantir sous l'influence d'aucune saison, d'aucun climat. Cependant l'expérience nous apprend qu'elle a une fâcheuse prédilection pour les jeunes gens, les adultes, les tempéramens sanguins. La plupart des auteurs pensent aussi que les habitans du nord y sont plus exposés que ceux du midi.

Définition, siège et causes de la maladie.

La pleurésie est l'inflammation de l'une ou des deux membranes qui tapissent l'intérieur de la poitrine, et revêtent les organes contenus dans cette cavité. Le siège de cette maladie a été long-temps l'objet de vives disputes. Des médecins également célèbres se sont engagés dans cette polémique médicale. *Morgagni, Haller, Triller*, et, plus récemment encore, *M. Portal*, nient l'existence de la phlogose de la plèvre, et, loin de la regarder comme une maladie essentielle, ils attribuent les symptômes que l'on remarque à une inflammation du parenchyme pulmonaire; mais, depuis les travaux de *Bichat, Pinel et Laennec*, cette opinion a été victorieusement réfutée, et la plupart des auteurs admettent maintenant que la plèvre peut être affectée isolément, et indépendamment des organes qu'elle recouvre.

Les causes de la pleurésie sont généralement toutes celles qui peuvent déterminer toutes les autres inflammations : des exercices violents, les états qui nécessitent des marches forcées ou qui exigent de grands efforts de voix, une conformation vicieuse de la poitrine, l'impression subite d'un air froid, des boissons froides prises pendant la transpiration; des coups, des chutes sur le thorax, l'inflammation de ses parois, qui, se communiquant de proche en proche, peut arriver jusqu'à la plèvre; les phlegmasies aiguës ou chroniques du poumon; la suppression d'une hémorrhagie habituelle, d'un exanthème; la répercussion d'une dartre, de la goutte; les métastases, etc., etc.

La pleurésie est presque toujours sporadique : elle est comme endémique dans les pays où la température varie souvent dans le cours de la journée, dans les endroits couverts de montagnes, entrecoupés de vallons.

Symptômes et diagnostic.

L'invasion de la pleurésie est ordinairement brusque, et s'entoure de tous les symptômes précurseurs des maladies aiguës, la fièvre, le

pouls développé, la douleur latérale, la dyspnée, la toux sèche ou suivie d'une expectoration glaireuse; quelquefois des lassitudes spontanées, une grande sensibilité au froid extérieur; d'autres fois des frissons violens, plus forts au dos, aux lombes, à la poitrine qu'aux extrémités, précèdent la marche de cette maladie. Le visage est quelquefois un peu gonflé, rouge; les pommettes sont colorées; la soif est vive, la langue sèche et rouge. Il y a le plus ordinairement constipation, très-rarement de la diarrhée. Esquissons rapidement les principaux symptômes qui servaient à éclairer les anciens dans leur diagnostic.

1°. La fièvre ne revêt aucun caractère particulier; elle paraît avec tous les attributs de la fièvre, compagne des maladies aiguës; d'ailleurs l'expérience démontre qu'elle peut tout à fait manquer.

2°. Le pouls offre des signes non moins incertains; car tous les praticiens connaissent son extrême variété. Tantôt développé, redoublé; tantôt, petit, concentré; ici, il est mou, lent; là, il est dur, fréquent. Les anciens eux-mêmes le consultaient avec une sage défiance, et Triller, après avoir décrit différens symptômes sinistres de la pleurésie, ne craint pas d'ajouter: « *et licet cum talibus signis pulsum bonum videris, noli credere, nam fallit.* » (*Prax. med.* pag. 34), et ailleurs: « Dans les maladies de poitrine, rien ne s'écarte plus facilement et plus vite de son état naturel que le pouls. J'ai observé, plusieurs fois, son intermittence dans la pleurésie, sans qu'il y eût le moindre danger pour la vie du malade. » (*Op. citato*, pag. 34.) Il est vrai que Baglivi est loin d'adopter cette opinion. Il va même jusqu'à prétendre qu'un pouls dur est un signe caractéristique de la pleurésie. « *Pulsus durissimus*, dit-il, *est signum ferè infallibile omnium pleuritidum; et dum obscuræ sunt pleuritides vel aliis complicatæ morbis, si duritiem, id est nimiam arteriæ tensionem vibrationemque in pulsu deprehenderis, quamvis reliqua signa non adsint, pro certo habeas patientem laborare pleuritide.* » (*Prax. med.*, lib. 1, pag. 31.)

Mais cette assertion ne fait que prouver combien les meilleurs esprits peuvent se laisser égarer par la prévention, et est entièrement

dénuée de fondement. D'abord, la dureté du pouls existe dans beaucoup d'autres maladies; en second lieu, ce symptôme n'est pas constant dans la pleurésie. Quel serait donc aujourd'hui le médecin assez confiant pour diagnostiquer d'après sa seule inspection?

3°. La difficulté de respirer est un signe commun à toutes les affections du cœur et du poumon; elle est donc loin d'être pathognomonique. Les auteurs pourtant l'ont dépeinte avec des caractères particuliers à la pleurésie. L'inspiration est brusque, douloureuse, entrecoupée, et s'arrête tout à coup pour éviter la douleur, qui devient d'autant plus vive que la dilatation de la poitrine est plus grande. Si le point d'inflammation occupe la plèvre costale, le malade respire presque entièrement au moyen de l'abaissement du diaphragme, et par l'élévation seule des côtes, si c'est la plèvre diaphragmatique qui est atteinte. Souvent les côtes restent immobiles, ou ne s'élèvent que légèrement, la respiration se faisant presque tout entière par le côté sain.

4°. La douleur latérale a beaucoup fixé l'attention des médecins. Ils ont cherché à la différencier d'avec celle de la pneumonie, de la pleurodynie et de plusieurs autres affections. Dans la pleurésie, elle est vive, poignante, circonscrite, superficielle, se faisant ordinairement sentir au voisinage de la mamelle, vers la sixième ou la septième côte; tandis que, dans la pneumonie, elle est profonde, plus sourde, plus large, et n'augmente que par la toux et les grandes inspirations. Dans la pleurodynie, la douleur est surtout sensible à la pression et par les mouvemens inspireurs. Mais combien sont illusoirs de pareils signes! A quelles erreurs de diagnostic n'exposeraient-ils pas le médecin qui refuserait d'interroger d'autres symptômes! Mille fois l'expérience n'a-t-elle pas prouvé que l'inflammation de la plèvre était à peine douloureuse, tandis que celle du poumon était quelquefois accompagnée d'une forte douleur? N'a-t-on pas vu souvent aussi le point douloureux quitter le côté malade pour se fixer sur le côté sain, ou même dissimuler entièrement sa présence, alors que la maladie poursuivait sa marche?

5°. L'expectoration est quelquefois nulle dans la pleurésie ; mais , lorsqu'elle existe , elle se compose d'une matière séreuse , glaireuse et presque incolore , caractères qui la différencient beaucoup d'avec celle de la pneumonie. Dans cette maladie , en effet , les crachats sont visqueux à un tel point , qu'on peut , sans qu'ils tombent , renverser le vase qui les contient ; et tellement parsemés de stries de sang , que ce mélange leur donne la couleur de la rouille. Si souvent ces caractères , quand ils sont très-tranchés , suffisent pour asseoir le diagnostic dans ces deux maladies , il n'en est pas de même lorsqu'à l'aide de ces signes , l'on veut distinguer la pleurésie de la pleurodynie , et surtout du catarrhe pulmonaire dans sa période d'irritation ; car les produits de l'expectoration , dans ces diverses affections , ont presque tous les mêmes caractères , et seraient , par conséquent , pour le médecin , une source d'erreurs , s'il n'appelait à son secours des moyens plus fidèles pour reconnaître la nature du mal.

Il est un signe sur la valeur duquel les auteurs ont été partagés d'opinion , le décubitus sur le côté sain. Plusieurs n'ont pas hésité de le proclamer comme certain ; mais l'expérience dément journellement une pareille assertion. Souvent , en effet , l'individu se couche de préférence sur le côté malade , et , en interrogeant la physiologie , on a facilement l'explication d'un pareil fait. La respiration alors se fait presque entièrement par le côté sain , et le côté affecté reste dans une inaction qui doit soulager le malade. Cependant , lorsque la douleur sera extrêmement vive , que la moindre pression l'augmentera d'une manière insupportable , c'est alors seulement que le malade préférera celle que lui causera la simple inspiration , et se couchera sur le côté sain. Souvent aussi on a vu les malades préférer la supination , surtout lorsque les deux plèvres sont enflammées.

Les symptômes précédemment énumérés sont donc insuffisants pour tirer le médecin de son incertitude , et dissiper l'obscurité qui cache à ses yeux un mal dont il veut reconnaître et la nature et le siège. Aussi les anciens , pour arriver à leur but , ont-ils cherché des moyens moins infidèles. *Hippocrate* , pour s'assurer de l'existence d'un

épanchement dans la plèvre, a conseillé la succussion, qui consiste dans de petites secousses brusques imprimées au tronc, afin de reconnaître le bruit du liquide fluctuant dans la poitrine. Ce moyen simple a souvent été couronné de succès; mais qu'il est loin d'être heureux dans tous les cas! Lorsque la cavité des plèvres est entièrement remplie par l'épanchement, ou que celui-ci est exactement circonscrit par des adhérences anciennes, il ne peut fournir aucun résultat satisfaisant; mais il est tout à fait caractéristique dans des épanchemens à la fois gazeux et liquides. Dans cette circonstance, le thorax secoué fournit à l'oreille attentive un bruit à peu près semblable à celui qui se produit dans une bouteille demi-pleine que l'on agite.

Il est un autre signe, la mensuration du thorax, qui réunit à quelques avantages beaucoup d'inconvéniens. Une dilatation plus grande à gauche qu'à droite fait nécessairement présumer un épanchement dans la plèvre; mais ce moyen exige une habitude si longue et des soins si nombreux, que souvent, malgré toutes les précautions, il ne fait qu'augmenter l'incertitude du médecin. Sa réussite, en effet, est sous l'influence de tant de circonstances et de tant de variétés, que l'on hésite souvent à invoquer son témoignage. Mille obstacles d'ailleurs nuisent à son emploi, ou contribuent à le rendre équivoque; les déviations de la colonne vertébrale, l'œdème, un rétrécissement antérieur d'un côté, produit par d'anciennes adhérences entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire; de plus, chez la femme, la présence du sein, dont la saillie gêne l'expérience, et dont la nudité nécessaire alarme la pudeur.

Le plus avantageux et le plus sûr de tous les moyens déjà indiqués est, sans contredit, la percussion, mise en usage par *Avenbrugger*, préconisée et employée heureusement par *Corvisart*. On ne saurait, en effet, sans être coupable d'ingratitude, lui refuser de nombreux succès. Mille fois il a éclairé le médecin dans des recherches où, privé de ce précieux flambeau, il se serait indubitablement égaré; mille fois, conseiller prudent, il a évité au praticien des erreurs qui

auraient compromis et la réputation du médecin et la vie du malade : mais , tout en proclamant les nombreux services qu'il a rendus , il est juste de prémunir contre une confiance aveugle qui ne pourrait qu'entraîner à des fautes graves. Avouons donc que quelquefois ce mode d'exploration est trompeur , et même impraticable dans certaines circonstances. Une douleur vive , qui repousse toute pression ; une poitrine protégée par des muscles forts et une graisse abondante , ou bien des chairs flasques et vacillantes interceptant le bruit que l'on cherche à obtenir , sont autant d'obstacles qui annulent les résultats obtenus par ce moyen ; une conformation vicieuse de la poitrine , des côtes bosselées , une déviation de la colonne vertébrale , sont également des circonstances où la prudence défend toute induction.

La poitrine , percutée dans la pleurésie , et avant la formation de tout épanchement , produit un son clair , et qui devient d'autant plus mat que l'épanchement fait plus de progrès. Or , dans le premier cas , comment , par la seule percussion , distinguer cette maladie du catarrhe pulmonaire , de la pleurodynie , de l'hépatite , dans lesquels on retrouve la même clarté de son ? Dans le second cas , qui assurera que l'on a affaire à une pleurésie plutôt qu'à une pneumonie , où le son est également mat , d'autant plus que dans la pleurésie , l'épanchement pouvant se faire tout à coup , la matité du son peut exister dès les commencemens de la maladie ? Il est bon de remarquer aussi que le quart inférieur du côté droit rend naturellement un son presque mat , à cause de la présence du foie ; tandis qu'au contraire le son peut être un peu clair à gauche , bien qu'il y ait épanchement ou pneumonie , par cela seul que l'estomac est rempli de gaz. On voit donc que la percussion seule , sans avoir égard aux autres symptômes , est insuffisante pour différencier ces deux maladies , mais , qu'aidée d'autres signes , elle devient un moyen précieux de diagnostic , que l'on serait coupable de dédaigner.

Tels étaient les seuls signes que pouvaient interroger les médecins avant la publication de l'auscultation médiate. Si , comme nous l'a-

vons vu , ces divers modes d'exploration de la poitrine , entre des mains habiles et expérimentées , conduisaient souvent à des succès , nous avons également pu nous convaincre qu'ils étaient souvent consultés en vain , et induisaient fréquemment en erreur. Il n'en est pas ainsi des signes fournis par l'auscultation médiate. Plus certains , pouvant être facilement appréciés , ils ont , par leur fidélité , répondu aux besoins actuels de la science , soumis tous les assentimens , et mérité seuls , à juste titre , d'être regardés comme pathognomoniques.

Lorsque , dans la pleurésie , l'épanchement commence à se faire , le stéthoscope appliqué sur le côté douloureux fait entendre une respiration plus obscure qu'elle ne l'est dans le côté sain ; s'il fait des progrès , la respiration ne s'entend plus qu'aux points qui correspondent à sa partie supérieure ; enfin , s'il est très-abondant , l'absence de la respiration est totale , excepté dans l'espace qui se trouve entre la colonne vertébrale et le bord interne de l'omoplate. Mais à mesure que le liquide épanché diminue , la respiration revient graduellement et suit les progrès de la diminution. Elle commence à se faire entendre à la partie supérieure , et successivement de haut en bas , quoique la percussion continue à donner un son mat. Souvent , malgré un épanchement considérable annoncé par le cylindre , la respiration se fait encore assez bien entendre au-dessous de la clavicule , ce qui porte à croire que le poumon , dans cet endroit , est uni par d'anciennes adhérences à la plèvre costale. On observe de même que , si ces adhérences existent dans d'autres points , on y entend toujours plus ou moins bien la respiration , quelque considérable que soit d'ailleurs l'épanchement. Signalons encore deux autres signes non moins importants. Lorsque l'épanchement est peu abondant et que la respiration devient obscure , la voix du malade , explorée par le cylindre , produit un phénomène caractéristique de la pleurésie auquel *Laennec* a donné le nom d'*égophonie*. C'est une espèce de résonnance particulière de la voix , qui se fait entendre à l'extrémité thoracique du stéthoscope , et s'accompagne d'un ton argentin , saccadé et chevrotant. Ce phénomène varie suivant l'abon-

dance du liquide ; il ne se fait entendre qu'aux points du thorax qui correspondent à la superficie de l'épanchement et aux endroits où il n'a que très-peu d'épaisseur. Nulle part il n'est plus appréciable que dans la portion du thorax qui s'étend d'avant en arrière de la colonne vertébrale au sternum , et de haut en bas de l'épine de l'omoplate à l'angle inférieur du même os.

Lorsque la collection purulente remplit toute la cavité , cette voix cesse d'être perçue , et ne reparait que lorsque le liquide diminue , pour disparaître tout à fait au moment de la résorption presque complète du liquide exhalé par la plèvre. On peut donc avec ce signe connaître les progrès de l'épanchement , juger de son abondance , et suivre la marche de la maladie. Il est un autre signe qui sert à confirmer le diagnostic , et dont l'existence est nécessairement liée à celle de la difficulté , et même de l'absence de la respiration dans le côté malade ; c'est la *respiration puérile* , ainsi appelée par *Laennec* , parce qu'elle ressemble à celle des enfans. Plus la respiration est obscurcie dans le poumon malade , plus elle redouble d'intensité dans le poumon sain , qui , obligé à un travail d'hématose double , cherche , par un surcroît d'activité , à suppléer aux fonctions de l'autre , et révèle par cela même un état maladif du côté opposé.

Ainsi , pour nous résumer , les seuls signes pathognomoniques de la pleurésie sont , *l'obscurité ou la nullité de la respiration sans mélange de râle , l'égophonie et la respiration puérile*. On peut , à l'aide de ces seuls phénomènes découverts par le stéthoscope , distinguer facilement cette maladie de toutes les autres affections de la poitrine. Si à ces signes vous joignez les résultats de la percussion , la douleur latérale , le genre de toux et d'expectoration , il vous sera difficile d'avoir un diagnostic assis sur des bases plus solides ; et si quelquefois , malgré tous ces caractères , le médecin se trompe dans son jugement , ce n'est plus la science qu'il faut accuser , mais bien cette malheureuse disposition à l'erreur dont ne peut se garantir la fragile humanité , et qui a été si bien reconnue par l'antiquité qu'elle l'a convertie en axiome dans un proverbe aussi vrai que désespérant , *errare humanum est*.

Guidé par des signes aussi certains, le médecin qui aura l'habitude du stéthoscope sera donc rarement embarrassé pour caractériser une maladie de poitrine. Supposons en effet une pneumonie dont le siège serait à la base du poumon ; la respiration qui se fera entendre dans toute la portion saine de cet organe, et surtout le râle crépitant que le cylindre découvrira à l'endroit où la portion malade s'unit à la portion saine, seront pour lui des signes caractéristiques qui lui feront éviter l'erreur. La pneumonie qui envahit tout un poumon sera de même facilement distinguée. Bien qu'il y ait, comme dans la pleurésie, défaut d'audition dans la respiration, son mat, toux, expectoration quelquefois peu différente, décubitus sur le côté malade, difficulté de respirer, les doutes que ferait naître un examen peu approfondi seraient bientôt dissipés par l'absence de l'égophonie et du souffle respiratoire même, entre le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale, tandis que dans la pleurésie on entend assez souvent le premier de ces phénomènes, et toujours le second dans le lieu indiqué. Remarquons surtout que dans une pneumonie il y a toujours un *râle crépitant* dans les commencemens de cette maladie, ou, à une époque plus avancée, cessation de ce râle, et alors, assez souvent, *bronchophonie*, ou enfin, à sa dernière période, *râle muqueux* à grosses bulles, qui finit par dégénérer en *gargouillement* ou en véritable *pectoriloquie*, phénomènes qui n'accompagnent jamais la pleurésie. L'œdème du poumon se fait reconnaître à un bruit respiratoire, peu distinct à la vérité, mais qui pourtant est assez fort pour être transmis par le cylindre, à un léger râle crépitant et à une percussion sonore obtenue sur les deux côtés de la poitrine. Le catarrhe pulmonaire n'offre pas des différences moins tranchées ; le son du thorax est presque toujours clair ; la respiration se suspend un instant pour reprendre un moment après, et redevient puérile là même où elle venait de cesser. Le râle, tantôt sibilant, tantôt grave, tantôt sonore, se fait entendre principalement vers la racine des bronches, et finit par devenir muqueux lorsqu'il s'accompagne d'expectoration. La faiblesse ou la nullité de la respiration, jointe à un son plus clair que

dans l'état normal, un râle sibilant ou sonore, suffiront pour mettre une ligne de démarcation entre la pleurésie et l'emphysème du poumon. Il serait difficile de confondre l'hépatite; l'absence des signes de la pleurésie et des autres maladies du thorax fera aisément reconnaître cette maladie. Cependant une pleurésie sus-diaphragmatique peut facilement simuler une inflammation du foie; mais, en ayant recours aux symptômes généraux, on peut se défendre de l'erreur; la seule maladie qui offre des difficultés et excuse l'incertitude d'un médecin est l'hydrothorax. L'auscultation médiate fournit les mêmes signes que dans la pleurésie : ce sont donc encore les symptômes généraux et précurseurs que nous appellerons à notre secours, et avec eux la méprise sera très-rare, d'ailleurs peu grave quand elle aura lieu.

Dans les pleurésies partielles, c'est-à-dire celles qui sont circonscrites par de fausses membranes, résultats d'une pleurésie plus ancienne, la respiration y cesse insensiblement, l'égophonie s'y fait entendre, tandis que dans tout le reste du poumon la respiration est plus perceptible qu'ordinairement, sans mélange de râle à l'endroit le plus voisin du point malade, ce qui les différencie de la pneumonie partielle, remarquable par son râle crépitant et l'absence de l'égophonie. La pectoriloquie, le gargouillement, la respiration caverneuse seront les phénomènes à l'aide desquels le médecin saura toujours distinguer une phthisie d'avec une pleurésie partielle.

Nous ne parlerons pas des pleurésies doubles, qui sont extrêmement rares, et d'ailleurs promptement mortelles; l'égophonie et l'examen de la respiration sont les seuls moyens de les reconnaître, car les résultats acquis par la percussion et l'inspection de la poitrine sont presque toujours nuls.

Terminaisons.

La pleurésie aiguë simple se termine par résolution, par suppuration, par épanchement séreux ou séro-purulent, par gangrène, par la mort, ou bien elle passe à l'état chronique.

La terminaison la plus favorable et la plus fréquente est sans contredit la résolution ; c'est là le seul but du médecin dans les soins et les conseils qu'il donne au malade. Marchant avec des caractères assez tranchés, elle se laisse facilement soupçonner, et l'on peut, à l'aide du cylindre, suivre pas à pas ses progrès. Diminution graduelle de tous les symptômes, retour de toutes les fonctions à leur état normal, bruit respiratoire plus intense dans la partie du dos, où il n'avait pas entièrement cessé ; bientôt apparition du même bruit à la partie antérieure et supérieure de la poitrine, quelques jours après sous l'omoplate, enfin dans les parties antérieure inférieure, et postérieure inférieure de la poitrine, tels sont les phénomènes physiologiques qui décèlent la marche de la pleurésie à la convalescence. Cet ordre successif peut néanmoins être dérangé par d'anciennes adhérences qui unissent ensemble la plèvre costale et la plèvre pulmonaire.

La suppuration s'annonce par la diminution de la douleur, qui de poignante devient obtuse, avec un sentiment de pesanteur et d'oppression ; par la mollesse et la faiblesse du pouls, par des frissons irréguliers, des sueurs partielles et l'augmentation de la fièvre pendant la nuit. A ces signes s'en joignent d'autres plus certains encore, et qui sont acquis par la percussion et l'auscultation médiate.

La gangrène, qui n'est amenée que par une inflammation intense et désorganisatrice, ou par la rupture d'un abcès gangréneux du poumon ouvert dans la cavité séreuse, se reconnaît à l'absence de la douleur, à la couleur cadavéreuse du malade, à la petitesse et à la concentration du pouls, à l'expectoration de crachats noirâtres et fétides.

L'épanchement séreux ou séro-purulent a des caractères qui ne peuvent échapper au stéthoscope : est-il très-considérable, il y a, comme nous l'avons dit, absence totale de la respiration, qui devient puérile dans le côté sain. Le malade se couche de préférence sur le côté affecté, afin de pouvoir respirer plus facilement. Aux signes fournis par le cylindre et la percussion, on peut en ajouter d'autres, tels que l'ondulation d'un fluide à travers les muscles intercostaux, le ré-

veil en sursaut, la bouffissure de la face, l'œdématie, et un sentiment de froid dans les membres inférieurs, un pouls petit et fréquent. Quelquefois la collection purulente se fait jour à travers les bronches, et est rendue alors par l'expectoration, non sans quelque danger pour la vie du malade; lorsqu'au contraire elle ne se fait pas une issue au-dehors, et qu'elle est très-considérable, elle prend le nom d'*empyème*.

La pleurésie aiguë peut enfin se terminer par une inflammation chronique. Les meilleurs auteurs regardent comme symptômes caractéristiques de cette maladie une petite toux, l'essoufflement qui se manifeste lorsque le malade marche un peu vite, le décubitus sur le côté malade, le son mat, le refoulement du cœur à droite ou du foie en bas, l'élargissement des espaces intercostaux, la dilatation du côté malade, enfin la fluctuation obtenue par la succussion du thorax. Mais il faut avouer qu'aucun de ces signes n'est pathognomonique par lui-même. C'est donc encore l'auscultation médiate qu'il faut consulter, et les signes qu'elle nous fournit, pour être simples, n'en sont pas moins certains. Ils sont absolument les mêmes que ceux que nous avons vus caractériser la pleurésie aiguë accompagnée d'un épanchement assez considérable. La nullité de la respiration dans tout le côté malade, excepté toujours l'espace compris entre le bord interne du scapulum et la colonne vertébrale, excepté aussi quelquefois les régions sus-épineuses, axillaires, et sous-claviculaires; l'audition de l'é-gophonie entre le bord interne de l'omoplate et le rachis, enfin la respiration puérile du côté sain, tels sont les seuls symptômes caractéristiques de la pleurésie chronique.

Anatomie pathologique.

Les différentes altérations que l'autopsie cadavérique fait découvrir chez les sujets qui ont succombé à une pleurésie aiguë sont assez nombreuses. Signalons les principales.

Points rouges, pénétrant toute l'épaisseur de la plèvre, d'une étendue et d'une forme variables, séparés par des intervalles incolores;

de plus , injection des vaisseaux sanguins qui rampent à la surface de la membrane séreuse , et qui deviennent beaucoup plus apparens et plus rouges.

Épanchement d'un liquide tantôt clair, tantôt d'une couleur citrine légèrement fauve, dont la transparence est ordinairement troublée par du pus ou par des fragmens de pseudo-membranes, et présente l'apparence du petit-lait non clarifié; d'autres fois une matière demi-concrète, connue sous le nom de *fausse membrane*, d'un blanc plus ou moins jaune, offrant la consistance du pus ou celle de la couenne inflammatoire, vient se déposer sur les parois des plèvres. Lorsque l'inflammation est générale, ces fausses membranes, étendues en forme de nappe, revêtent tout le poumon; mais dans une inflammation circonscrite, elles tapissent seulement la partie qui a été enflammée. Quelquefois celles de la plèvre costale forment avec celles de la plèvre pulmonaire des adhérences, en s'envoyant réciproquement des lames ou filamens qui traversent le liquide épanché entre les deux pseudo-membranes. Souvent des vaisseaux sanguins s'organisent dans ces dernières, et les parcourent dans tous les sens; lorsque ceux-ci sont apparens, la plèvre subjacente présente plus de rougeur, et le liquide épanché participe lui-même à cette couleur; la partie correspondante du poumon est saine, mais pourtant un peu moins crépitante et un peu plus dense que dans l'état naturel; dans quelques cas, les fausses membranes se détachent de la plèvre, et se roulant sur elles-mêmes, elles se présentent sous la forme d'ovoïdes qui flottent dans la sérosité. Lorsque l'épanchement est considérable, le poumon, affaissé sous le poids du liquide, est quelquefois refoulé vers la colonne vertébrale, et par la compression qu'il éprouve, il est réduit à un tel état d'exiguité, qu'on a de la peine à l'apercevoir. Les fausses membranes s'organisent dans certains cas, se convertissent en de véritables séreuses, ou même quelquefois prennent la forme et les caractères d'une membrane fibreuse ou fibro-cartilagineuse.

A la suite de l'absorption d'un épanchement abondant, et lorsqu'il existe des fausses membranes d'une consistance telle, qu'elle appro-

che de la dureté de la couenne de lard , le poumon, affaissé , ne peut vaincre la résistance que lui offre cette épaisse membrane , et le vide ne pouvant pas exister , la poitrine de ce côté se rétrécit , les côtes se rapprochent les unes des autres , l'épaule est plus basse que celle du côté opposé , les muscles sont beaucoup diminués de volume , et par la mensuration , on trouve une différence notable dans la largeur des deux côtés de la poitrine.

Lorsque la gangrène est survenue , on aperçoit des taches d'un brun noirâtre ou verdâtre pénétrant l'épaisseur de la plèvre , et les fausses membranes peuvent même participer à l'état gangréneux du tissu séreux , et décèler cette lésion pathologique par le même aspect grisâtre et la même odeur gangréneuse.

Laennec a appelé l'attention des pathologistes sur certaines productions accidentelles de la plèvre ; les unes se présentent avec tous les caractères propres au cancer cérébriforme , offrent à peu près le volume d'une amande : elles sont fortement adhérentes à la plèvre , et la partie de cette membrane qui les environne est rouge et parsemée , surtout à la base des tumeurs , de stries noirâtres formées par la matière des mélanoses. Les autres , tuberculeuses , surgissent ordinairement en grand nombre sous la forme de petites masses d'une grosseur variable depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'un grain de chenevis , et sont réunies par une fausse membrane , dans laquelle elles paraissent plutôt développées que dans la plèvre elle-même. Lorsqu'elles existent depuis long-temps , leur adhérence à la plèvre est telle , qu'elles paraissent comme implantées dans son épaisseur , et elles sont tantôt grisâtres , transparentes , tantôt opaques et jaunâtres , rarement à l'état de ramollissement. Enfin , *Laennec* rapporte plusieurs exemples de matières tuberculeuses sécrétées par la plèvre elle-même , offrant une densité assez grande , et dont le volume toujours croissant remplissait entièrement la cavité de la poitrine , dans laquelle ces tumeurs s'étaient développées.

Traitement.

De tous les moyens dirigés contre la pleurésie, il n'en est pas que l'on ait employé plus fréquemment et avec plus de succès que la saignée. L'histoire médicale nous atteste que les praticiens de la plus haute antiquité s'empressaient d'y recourir et s'applaudissaient presque toujours de son emploi. Comment donc pourrait-on négliger une arme si puissante, et dont la bonté a été reconnue par des siècles d'expérience ? Puisque la physiologie, l'antiquité, les succès, tout enfin approuve l'usage de la saignée, ne serions-nous pas coupables si, dédaignant un pareil moyen de salut, nous repoussions les conseils des anciens, et fermions l'oreille aux raisons dont ils étayaient leur opinion. Ainsi, lorsqu'une pleurésie est intense et que le sujet est doué d'un tempérament pléthorique, il faudra avoir recours à la saignée ; le médecin devra faire couler rapidement et abondamment le sang par une large ouverture faite à un gros vaisseau, à ceux du bras de préférence ; l'expérience a prouvé que, pratiquée de cette manière, la saignée apporte un soulagement beaucoup plus prompt et beaucoup plus marqué que si le sang avait été tiré en petite quantité et à différentes reprises. C'est surtout lorsque l'on aura à craindre que l'inflammation ne s'étende jusqu'au poumon que l'on doit s'empresser d'en faire usage. Le nombre des émissions sanguines dépend de l'intensité des symptômes et de l'indication fournie par le pouls, ou plutôt par l'exploration du cœur, à l'aide du stéthoscope : ce dernier moyen d'apprécier les forces d'un malade, beaucoup plus certain que tout autre, est dû à la sagacité de *Laennec*. Ce célèbre médecin pensait que, lorsque le cœur soulevait encore avec assez de force le cylindre appliqué sur les parois de la poitrine, on pouvait toujours, sans crainte, réitérer la saignée, malgré la faiblesse apparente du pouls ; cependant chez les enfans, les vieillards, et les personnes faibles et usées, il faut agir avec beaucoup de circonspection. L'usage trop répété de la saignée peut devenir dangereux dans certaines circonstances ; il est des cas épineux, où il serait délicat et difficile de décider ce que le mé-

decin doit faire. On ne peut donner que des règles très-générales sur ce point : c'est au coup-d'œil du praticien à juger quelle est la conduite qu'il doit alors tenir ; seulement qu'il ait toujours pour devise cette sentence, qui ne devrait jamais être oubliée : « La prudence est la mère de la sûreté. »

Les sangsues et les ventouses sont très-souvent aussi employées avec beaucoup de succès. Lorsque la maladie ne marche pas avec des symptômes graves, et que le sujet n'est pas doué d'un tempérament éminemment sanguin, des saignées locales opèrent un merveilleux effet ; elles enlèvent la douleur, produisent une amélioration générale, et l'on voit la maladie marcher d'elle-même à la guérison, aidée seulement par la diète et les boissons rafraîchissantes. *Pinel* allait jusqu'à préférer la saignée locale à la saignée générale ; mais il faut avouer qu'en faisant précéder une application de sangsues par une saignée du bras, on est beaucoup plus sûr d'arrêter la pleurésie dans son cours, et de rendre bénigne une maladie qui aurait menacé l'existence du malade.

On peut seconder l'application de ces deux grands moyens par des cataplasmes émolliens et par des fomentations de même nature ; seulement il faut user de beaucoup de précautions pour les entretenir continuellement dans une douce chaleur qui, appelant la transpiration, peut contribuer à favoriser la résolution, tandis que, s'ils se refroidissaient, ils seraient plus nuisibles qu'avantageux.

Les vésicatoires ne peuvent être employés avec succès que dans une pleurésie chronique ou sur le déclin d'une pleurésie aiguë, ou même encore lorsque la faiblesse du sujet ne permettant plus d'avoir recours à la saignée, la toux, le point de côté persistent toujours. Alors, en promenant les vésicatoires sur divers points de la poitrine, on appelle à l'extérieur l'irritation latente ou endormie de la plèvre, ou bien, excitant le système absorbant, on le force à pomper le liquide qui s'épanche. Il faut cependant être très-prudent dans l'emploi de ce moyen, car on a souvent vu cette irritation artifi-

cielle alimenter le foyer de l'inflammation qui est à l'intérieur au lieu de l'éteindre.

Si la suppression du flux hémorrhoidal, des menstrues, a provoqué la pleurésie, des applications de sangsues à l'anus ou à la vulve rappelleront ces écoulemens salutaires. Des affections rhumatismales, la goutte, une dartre, viennent-elles à transporter leur funestes effets sur la plèvre, le médecin, par une application de substances irritantes, les rappellera à leur siège primitif.

Les vomitifs, entre les mains habiles et heureuses de *Stoll*, ont guéri beaucoup de pleurésies rebelles aux saignées et aux autres médicamens; mais il ne les employait que dans les constitutions bilieuses, et lorsqu'il y avait des symptômes qui annonçaient la plénitude de l'estomac. Toutefois nous croyons que la prudence exige qu'on s'en abstienne. Plusieurs médecins, en Italie et même à Paris, ont essayé avec succès l'emploi du tartre stibié à haute dose, et mis dans une potion agréable pour empêcher le vomissement. On commence par quatre ou six grains, que l'on donne en quatre ou six fois dans le cours de la journée; puis on augmente graduellement jusqu'à quinze ou vingt grains, et l'on diminue de même lorsqu'on le juge convenable. Quand les vomissemens et les selles deviennent abondans, on diminue la dose, et l'on continue celle que le malade supporte. Les explications que l'on a données sur sa manière d'agir ont varié. *Laennec* pense qu'il agit en excitant l'absorption: cependant ne pourrait-il agir aussi en appelant ailleurs l'irritation? Quoi qu'il en soit, c'est un moyen qui exige du médecin beaucoup de prudence et de précautions. Si quelquefois il est excellent pour favoriser l'absorption du liquide, il peut, dans beaucoup de cas, aggraver les symptômes inflammatoires et produire un effet tout opposé à celui que l'on en attendait.

Les purgatifs doux, les laxatifs doivent être proscrits pendant toute la période inflammatoire. Vers la fin de la maladie, ils peuvent faciliter le cours des matières et porter une révulsion légère et salutaire sur le tube intestinal. Dans une pleurésie chronique, les

cautères, les sétons, les moxas peuvent obtenir d'heureux résultats. Il en est de même des diurétiques et des sudorifiques, dont on doit néanmoins user très-moderément, et qui doivent être entièrement proscrits dans une pleurésie aiguë. Il serait même, je crois, beaucoup plus sage de se borner, dans une pleurésie chronique, aux boissons antiphlogistiques.

Aux principaux moyens précédemment énumérés, on peut joindre l'usage des potions, des juleps légèrement opiacés, lorsque l'inflammation est tombée. Ces médicamens amènent un sommeil bientôt suivi d'un repos qui quelquefois sert à abrégér la maladie. Quelques médecins, après avoir saigné suffisamment, donnent de temps en temps quelques pilules d'opium, de musc ; mais on doit les retrancher aussitôt que l'on voit quelques contr'indications. Je pense même qu'on devrait s'en abstenir dans une pleurésie aiguë, et les employer avec beaucoup de modération dans celle qui est chronique.

Il est inutile de dire que le malade doit être placé dans un air tempéré, que le repos le plus complet lui sera commandé. Ses boissons seront adoucissantes, mucilagineuses et tièdes. Tant que l'inflammation sera un peu intense, la diète la plus sévère lui sera enjointe. Dans la convalescence, on lui permettra d'abord quelques crèmes, puis on passera graduellement aux alimens de plus en plus substantiels.

Enfin, lorsque le stéthoscope indique une collection purulente considérable, que le malade ne peut plus respirer, et qu'on a perdu tout espoir de voir le liquide être repompé par les absorbans, on peut avoir recours à l'opération de l'empyème.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Quicumque suppurati uruntur, aut secantur, si quidem pus purum fluat et album, evadunt : si verò subcruentum et carnosum ac graveolens, pereunt. *Sect. 7, aph. 44.*

II.

Non satietas, non fames, neque aliud quicquam bonum est, quod naturæ modum excedat. *Sect. 2, aph. 4.*

III.

A sanguinis sputo puris sputum, malum. *Sect. 7, aph. 15.*

IV.

A puris sputo tabes et fluxus, malum; postquam verò sputum retinetur, moriuntur. *Ibid., aph. 16.*

V.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum. *Sect. 5, aph. 8.*

VI.

Fébricitantium non omninò leviter permanere et nihil minui corpus, aut etiam magis pro ratione colliquari, malum est; illud enim morbi longitudinem, hoc verò debilitatem significat. *Sect. 2, aph. 27.*

